

Sygn. akt I C 1312/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 września 2020 r.

Sąd Rejonowy w Gdyni, Wydział I Cywilny

w składzie

Przewodniczący: Sędzia Adrianna Gołuńska-Łupina

Protokolant: st. sek. sąd. Iwona Górską

po rozpoznaniu w dniu 02 września 2020 r. w Gdyni

na rozprawie

sprawy z powództwa M. G.

przeciwko (...) SA w W.

o zapłatę

I. zasądza od pozwanego (...) SA w W. na rzecz powódki M. G. kwotę 16 562, 75 zł. (szesnaście tysięcy pięćset sześćdziesiąt dwa złote 75/100) wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi: od kwoty 9 100 zł. od dnia 24 listopada 2017 roku do dnia zapłaty, od kwoty 2462,75 zł. od dnia 24 listopada 2017 roku do dnia zapłaty, od kwoty 5000 zł. od dnia 14 maja 2019 roku do dnia zapłaty;

II. oddala powództwo w pozostałym zakresie;

III. ustala, iż strony ponoszą koszty procesu po połowie, pozostawiając szczegółowe rozliczenie referendarzowi sądowemu;

Sygnatura akt: I C 1312/17

UZASADNIENIE

Powódka M. G. wniosła pozew przeciwko (...) S.A. z siedzibą w W. domagając się początkowo od pozwanego zapłaty kwoty 9.100 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 24 listopada 2017r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za krzywdę oraz kwoty 2.462,75 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 24 listopada 2017r. do dnia zapłaty tytułem odszkodowania za poniesioną szkodę majątkową.

W uzasadnieniu pozwu powódka podniosła, że w dniu 29 listopada 2016r. uległa wypadkowi, którego sprawcą był kierowca ubezpieczony w zakresie OC w pozwanym towarzystwie ubezpieczeń. Jak wskazano po zdarzeniu powódka została zawieszona na (...), gdzie stwierdzono stłuczenie stawu biodrowego prawego i uda z wystąpieniem krwiaka. Z powodu bólu biodra i uda powódka nie była w stanie samodzielnie się poruszać, a kolejne badania wykazały skręcenie kręgosłupa szyjnego, co wiązało się z koniecznością noszenia kołnierza ortopedycznego. Powódka w dalszym ciągu odczuwa ból szyi, który uniemożliwia jej normalne funkcjonowanie. Przez pierwszych 14 dni po wypadku była osobą niesamodzielną, zdaną na pomoc osób trzecich. Silne stłuczenie uda uniemożliwiało jej samodzielnie poruszanie się. Przed wypadkiem pasją powódki było bieganie, lecz w kontynuowaniu tej aktywności przeszkadzają jej bóle kręgosłupa szyjnego. Po wypadku powódka regularnie korzysta z pomocy psychologicznej. Uzasadniając roszczenie o zapłatę zadośćuczynienia powódka wskazała, że z osoby samodzielnej stała się osobą wymagającą opieki

najbliższych. Powódka musiała zrezygnować z wszelkich form aktywności. Wypadek wywarł negatywny wpływ na psychikę powódki, która stała się nerwowa. Bóle kręgosłupa szyjnego uniemożliwiały długie czytanie, co doprowadziło do problemów w nauce. Powódka domaga się również zwrotu kosztów opieki ze strony osób trzecich w wymiarze 14 dni po 3 godziny dziennie. Przyjmując stawkę godzinową w wysokości 13 zł powódka z tego tytułu żąda się zapłaty kwoty 546 zł. Nadto, powódka przez 15 dni dojeżdżała do ośrodka rehabilitacyjnego. Przy średnim spalaniu samochodu na poziomie 9 l/100 km, koszcie paliwa na poziomie 4,60 zł oraz łącznie przejechanej odległości 282 km poniosła koszt w wysokości 116,75 zł. Ponadto, powódka poniosła koszty leczenia w łącznej wysokości 3.098,70 zł, z czego domaga się zapłaty kwoty 1.800 zł z tytułu kosztów terapii psychologicznej. Jako podstawę powództwa powódka powołała przepisy art. 6 i 8 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, wskazując, że pismem z dnia 21 kwietnia 2017r. zgłosiła szkodę pozwanemu. Decyzją z dnia 27 września 2017r. pozwany przyznał powódce kwotę 900 zł z tytułu zadośćuczynienia oraz kwotę 1.051,20 zł tytułem zwrotu kosztów leczenia, natomiast odmówił spełnienia świadczenia o zwrot kosztów opieki, kosztów dojazdu oraz kosztów porad psychologicznych. Pismem z dnia 19 października 2017r. powódka wniosła reklamację, rozszerzając roszczenie o kwotę 800 zł, lecz pozwana nie rozpatrzyła reklamacji w ustawowym terminie.

(pozew k. 2-11)

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa. Odnosząc się do podstawy prawnej roszczenia pozwany wskazał, że rozpatrzył reklamację powódki w ustawowym terminie, albowiem w dniu 23 listopada 2017r. wysłał do niej odpowiedź na reklamację. Jednocześnie wyjaśnił, że w świetle przepisów ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym data otrzymania przesyłki przez poszkodowanego nie ma znaczenia dla zachowania terminu. Z ostrożności pozwany wskazał, że skutki zdarzenia były niewielkie i nie doprowadziły do trwałego rozstroju zdrowia. Powódka nie wymagała hospitalizacji, rozpoznano wyłącznie stłuczenie biodra i uda, a także zalecono przyjmowanie leków dostępnych bez recepty. Następnie, rozpoznano skręcenie kręgosłupa szyjnego i zalecono przez 14 dni noszenie kołnierza ortopedycznego. Pozwany wskazał, że powódka kontynuowała leczenie, co oznacza, że stłuczenia zostały całkowicie wygojone. Pozwany zakwestionował twierdzenia powódki o poniesieniu przez nią trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 5 %. Za niewiarygodne, wyolbrzymione i niewykazane pozwany uznał również twierdzenia powódki na temat niemożności wykonywania czynności dnia codziennego, wskazując, że kołnierz ortopedyczny nie stanowił w tym zakresie żadnego utrudnienia. Za niewiarygodne pozwany uznał także twierdzenia o problemach z koncentracją i konieczności podjęcia terapii psychologicznej, podnosząc, że powódka nie przedłożyła dokumentacji leczenia. W załączonym zaświadczeniu natomiast wskazano, że wypadek był tylko jednym z powodów podjęcia terapii. Zdaniem pozwanego przyznana w toku postępowania likwidacyjnego kwota jest adekwatna do rozmiarów poniesionej krzywdy. Nadto, pozwany zakwestionował roszczenie o zwrot kosztów opieki, wskazując, że powódka nie wykazała, że po zdarzeniu wymagała opieki ze strony osób trzecich. Pozwany podniósł również, że powódka nie przedłożyła dokumentacji potwierdzającej częstotliwość wizyt rehabilitacyjnych ani też nie wykazała, że leczenie było prowadzone w związku ze skutkami przedmiotowego wypadku i tym samym zakwestionował roszczenie o zwrot kosztów dojazdu oraz kosztów leczenia.

(odpowiedź na pozew k. 83-86v)

W toku postępowania powódka rozszerzyła powództwo w zakresie żądania zadośćuczynienia za krzywdę do kwoty 29.100 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od kwoty 9.100 zł od dnia 24 listopada 2017r. do dnia zapłaty oraz od kwoty 20.000 zł od doręczenia pozwanemu pisma zawierającego rozszerzenie powództwa do dnia zapłaty.

(pismo procesowe powódki z dnia 2 kwietnia 2019r. k. 173-174)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 29 listopada 2016r. około godz. 17 kierująca pojazdem osobowym marki P. (...) o numerze rejestracyjnym (...) wykonując manewr skrętu w lewo z Al. (...) w ul. (...) w kierunku K. nie zachowała szczególnej ostrożności i wjeżdżając na oznakowane przejście dla pieszych na ul. (...) nie ustąpiła pierwszeństwa prawidłowo przechodzącej na zielonym

świetle powódce M. G.. Pojazd uderzył powódkę w lewą część ciała. Wskutek uderzenia powódka została przerzucona przez maskę samochodu, wyrzucona w powietrze i spadła na pośladki w odległości około 20 metrów od pojazdu.

(dowód: przesłuchanie powódki M. G. płyta CD k. 135)

W toku postępowania karnego sprawczyni wypadku została oskarżona o przestępstwo z art. 177 § 1 kk. Wyrokiem z dnia 8 maja 2017r. wydanym w sprawie o sygnaturze akt II K 238/17 Sąd Rejonowy w Gdyni ustalił, że sprawczyni dopuściła się popełnienia zarzucanego jej czynu i przyjmując, że wina oraz społeczna szkodliwość czynu nie są znaczne, warunkowo umorzył postępowanie karne na okres próby wynoszący 1 rok.

(dowód: wyrok Sądu Rejonowego w Gdyni z dnia 8 maja 2017r. k. 26)

Na miejsce zdarzenia została wezwana karetka pogotowia, która przetransportowała powódkę na Szpitalny Oddział Ratunkowy Szpitala (...). W. a P. w G., gdzie po wykonaniu badań laboratoryjnych, RTG miednicy i uda prawego oraz USG uda prawego, rozpoznano stłuczenie biodra i uda prawego. Tego samego dnia wypisano powódkę do domu, zalecając przyjmowanie leków przeciwbólowych oraz kontynuowanie leczenia w POZ.

(dowód: dokumentacja medyczna leczenia powódki k. 122)

Następnego dnia po wypadku z uwagi na dolegliwości bólowe kręgosłupa szyjnego, powódka ponownie udała się do szpitala, gdzie po konsultacji ortopedycznej stwierdzono skręcenie kręgosłupa szyjnego i zalecono noszenie kołnierza ortopedycznego.

(dowód: przesłuchanie powódki M. G. płyta CD k. 135)

Dalsze leczenie powódka kontynuowała w poradni ortopedycznej. Ponadto, przez okres dwóch miesięcy powódka korzystała z zabiegów rehabilitacyjnych (laser, pole magnetyczne, zajęcia indywidualne, ćwiczenia pulsacyjne, masaż).

(dowód: dokumentacja medyczna leczenia powódki k. 20-22)

W wyniku wypadku powódka doznała skręcenia kręgosłupa szyjnego i stłuczenia tkanek miękkich szyi oraz stłuczenia prawego uda. Nie doszło jednak do uszkodzenia struktur kręgosłupa i brak jest związku przyczynowego pomiędzy doznanymi w wypadku obrażeniami a zgłaszanymi obecnie ograniczeniami ruchomości kręgosłupa. Z uwagi na brak ograniczeń ruchomości trwających ponad 6 miesięcy i nieznaczne występujące obecnie ograniczenia (ruchomość skłonu kręgosłupa szyjnego w płaszczyźnie czołowej do boku prawego 58 stopni, do lewego 24 stopnie) brak jest podstaw do stwierdzenia trwałego bądź długotrwałego uszczerbku na zdrowiu. Doznane w wyniku wypadku obrażenia tkanek miękkich goją się całkowicie i nie pozostawiają długotrwałych czy trwałych następstw. W poradni ortopedycznej powódka była leczona do dnia 15 grudnia 2016r. i miała zlecone zabiegi fizykoterapeutyczne. Bóle kręgosłupa szyjnego utrzymywały się dwa miesiące, a zasinienia przez miesiąc. Doznane ograniczenia nie powodowały ograniczeń do wykonywania podstawowych czynności codziennych w zakresie samoobsługi i lokomocji. Powódka wymagała przez dwa miesiące prowadzenia oszczędnego trybu życia, unikania wysiłku fizycznego. Obrażenia mogły powodować utrudnienia w nauce i chodzeniu do szkoły. Proces leczenia został zakończony. W przyszłości nie rokuje się ujawniania innych następstw wypadku w zakresie narządu ruchu.

(dowód: pisemna opinia biegłego sądowego z zakresu ortopedii R. P. k. 241-242 wraz z pisemną opinią uzupełniającą k. 271-272)

Po wypadku przez okres 14 dni powódka nosiła kołnierz ortopedyczny. Powódka miała krwiaka podskórnego na prawym udzie, który utrzymywał się przez okres 10-21 dni, natomiast zasinienia utrzymywały się przez okres miesiąca. Powódka przez okres dwóch miesięcy odczuwała dolegliwości bólowe głowy i kręgosłupa szyjnego, miała problemy przy poruszaniu głową, okazjonalnie przyjmowała leki przeciwbólowe. Przez okres 14 dni powódka nie wychodziła z domu. Natomiast przez okres około dwóch tygodni przy myciu pomagała jej matka i siostra. Powódka była rozdrażniona, niespokojna, miała problemy z koncentracją. W chwili wypadku powódka była uczennicą

klasy maturalnej III Liceum Ogólnokształcącego w G.. Do szkoły wróciła dopiero na początku lutego 2017r. Przez okres dwóch tygodni od wypadku powódka nie uczestniczyła w zajęciach dodatkowych tj. korepetycjach mających przygotować ją do matury. W związku z dolegliwościami do kwietnia 2017r. powódka zrezygnowała z treningów w klubie lekkoatletycznym, gdzie dotąd uprawiała bieganie. Nadto, po wypadku powódka nie mogła grać na gitarze z uwagi na dolegliwości bólowe ze strony szyi.

(dowód: zeznania świadka J. G. płyta CD k. 82, zeznania świadka T. G. płyta CD k. 82, zeznania świadka P. G. płyta CD k. 82, przesłuchanie powódki M. G. płyta CD k. 135)

Za namową rodziny M. G. uczęszczała na konsultacje psychologiczne w okresie od 17 lutego 2017r. do 24 sierpnia 2017r. Konsultacje odbywały się raz w tygodniu. Przyczyną skorzystania z terapii psychologicznej był lęk, przerażenie przed utratą kontroli nad swoim życiem spowodowane niespodziewanym zdarzeniem, jakim był wypadek z dnia 29 listopada 2016r. W trakcie psychoterapii powódka sygnalizowała sny o wypadku, wskazywała, że wypadek uderzył w jej poczucie bezpieczeństwa i kontroli, obawia, że coś może się nagle wydarzyć, na co nie ma wpływu.

(dowód: zaświadczenie k. 36 i 144, dokumentacja psychoterapeutyczna k. 190-194, przesłuchanie powódki M. G. płyta CD k. 135)

W związku z leczeniem skutków wypadku powódka poniosła koszty w postaci:

- krioterapii i lasera punktowego w dniu 11 stycznia 2017r. w kwocie 247,50 zł;
- ćwiczeń terapeutycznych i lasera punktowego w dniu 31 stycznia 2017r. w kwocie 1.051,20 zł;
- konsultacji psychologicznej w dniu 27 marca 2017r. w kwocie 400 zł;
- konsultacji psychologicznej w dniu 24 kwietnia 2017r. w kwocie 300 zł;
- konsultacji psychologicznej w dniu 30 maja 2017r. w kwocie 500 zł;
- konsultacji psychologicznej w dniu 27 czerwca 2017r. w kwocie 400 zł;
- konsultacji psychologicznej w dniu 11 lipca 2017r. w kwocie 200 zł;

(dowód: faktury VAT k. 23-25, 37, 48-49)

W trakcie leczenia powódka została skierowana na rehabilitację i przeszła serię zabiegów rehabilitacyjnych w okresie od dnia 12 grudnia 2016r. do 20 stycznia 2017r. w Centrum (...) sp. z o.o. w G. (Al. (...)). Z miejsca zamieszkania na rehabilitację powódkę zawoził prywatnym samochodem ojciec T. G.. Odległość pomiędzy miejscem zamieszkania powódki a ośrodkiem rehabilitacyjnym wynosi 9,4 km. Natomiast średnie spalanie samochodu T. G. wynosi 9 l/100 km.

(dowód: dokumentacja medyczna k. 117, oświadczenie T. G. k. 35, zeznania świadka J. G. płyta CD k. 82)

Pismem z dnia 21 kwietnia 2017r. powódka za pośrednictwem swojego pełnomocnika będącego adwokatem wezwała pozwanego do zapłaty zadośćuczynienia za krzywdę w kwocie 10.000 zł, a także odszkodowania za szkodę obejmującego koszty leczenia w kwocie 1.698,70 zł, koszty opieki w kwocie 546 zł oraz koszty dojazdu w kwocie 116,75 zł. Decyzją z dnia 27 września 2017r. pozwany przyznał powódce zadośćuczynienie za krzywdę w wysokości 900 zł oraz zwrot kosztów leczenia w kwocie 1.051,20 zł. Pismem z dnia 19 października 2017r. (doręczonym w dniu 23 października 2017r.) za pośrednictwem swojego pełnomocnika - adwokata powódka złożyła reklamację, żądając rozpoznania roszczenia o zwrot kosztów dojazdu i opieki, a także zarzucając brak wypłaty części kosztów leczenia i przyznanie zadośćuczynienia nieadekwatnego do rozmiaru krzywdy, a także rozszerzyła żądanie o kwotę 800 zł z tytułu kosztów leczenia psychologicznego. Decyzją z dnia 22 listopada 2017r. pozwany uwzględnił żądanie zwrotu kosztów leczenia w kwocie 247,50 zł, zaś w pozostałym zakresie odmówił spełnienia świadczenia. Odpowiedź na

reklamację została do pełnomocnika powódki wysłana w dniu 23 listopada 2017r., zaś doręczona w dniu 27 listopada 2017r.

(dowód: zgłoszenie szkody z dnia 21 kwietnia 2017r. k. 12-15, decyzja pozwanego z dnia 27 września 2017r. k. 38-40, reklamacja z dnia 19 października 2019r. k. 46-47, decyzja pozwanego z dnia 22 listopada 2017r. k. 50-52, wydruk z portalu emonitoring.poczta-polska.pl [w:] akta szkody płyta CD k. 91)

Sąd zważył, co następuje:

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dowodów z dokumentów, dowodu z zeznań świadków J. G., T. G. i P. G., dowodu z przesłuchania powódki M. G. oraz dowodu z opinii biegłych sądowych z zakresu ortopedii.

W ocenie Sądu dokumenty prywatne znajdujące się w aktach sprawy (dokumentacja medyczna, akta szkody) są wiarygodne, gdyż żadna ze stron nie kwestionowała ich autentyczności ani też nie twierdziła, że treść przedmiotowych dokumentów jest niezgodna z prawdą, a nadto nie posiadają one żadnych cech świadczących o ich przerobieniu, podrobieniu czy innej ingerencji itp. Zważyć przy tym należy, iż dokumentacja medyczna została sporządzona poza niniejszym postępowaniem i nie dla jego celów. W ramach swobodnej oceny dowodów Sąd doszedł do przekonania, że powyższe dokumenty odzwierciedlają faktyczny przebieg leczenia powódki, a także przebieg postępowania likwidacyjnego.

Sąd dał wiarę zeznaniom świadków J. G., T. G. i P. G. oraz zeznaniom powódki co do przebiegu leczenia, a także skutków wypadku i cierpień z tym związanych. Zdaniem Sądu zeznania wymienionych osób były szczere, spójne i niesprzeczne z innymi zebranymi w niniejszej sprawie dowodami, w szczególności z zapisami dokumentacji medycznej oraz w znacznej części z opinią biegłego sądowego. Nadto, zeznania te nie budziły również żadnych wątpliwości w świetle zasad doświadczenia życiowego oraz zasad logicznego rozumowania.

W niniejszej sprawie Sąd dopuścił także dowód z opinii biegłego sądowego z zakresu ortopedii, przy czym spośród dwóch przedstawionych opinii za wiarygodny i miarodajny dowód do określenia skutków wypadku Sąd uznał opinię przedłożoną przez biegłego R. P., odmawiając tym samym przyznania waloru wiarygodności i mocy dowodowej opinii przedstawionej przez biegłego W. Ż.. Zważyć należy, iż biegły Ż. stwierdził, że wskutek przedmiotowego wypadku powódka poniosła trwałe uszczerbek na zdrowiu w wysokości 15 %, wskazując, że skutkiem wypadku pozostaje przykurcz odcinka szyjnego kręgosłupa. Taką wysokość uszczerbku biegły Ż. przyznał w oparciu o pkt 89a Tabeli oceny procentowej stałego lud długotrwałego uszczerbku na zdrowiu stanowiącej załącznik do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania, zgodnie z którym uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym w postaci ograniczenia ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20 stopni stanowią 15 % trwałego uszczerbku. Jednocześnie biegły Ż. stwierdził w opinii, że ruchomość kręgosłupa szyjnego w płaszczyźnie strzałkowej i skrętnie pozostają u powódki w normie wieku, zaś w płaszczyźnie czołowej skłon do boku prawego wynosi 58 stopni, a do boku lewego 24 stopnie. Jednak w świetle opinii uzupełniającej złożonej przez kolejnego biegłego R. P. należało uznać, że wysokość uszczerbku na zdrowiu wskazana przez biegłego Ż. została określona w sposób nieprawidłowy. Biegły R. P. zauważył bowiem, że w trakcie przeprowadzonego badania biegły Ż. nie odnotował ograniczeń ruchomości kręgosłupa w zakresie zginania (ruchomość kręgosłupa szyjnego w płaszczyźnie strzałkowej) i w zakresie rotacji. Nadto, biegły P. zwrócił uwagę, że w wyniku wypadku nie doszło u powódki do uszkodzenia struktur kręgosłupa np. złamań, zwiechnięć czy uszkodzenia mięśni, mogących powodować ograniczenia ruchomości kręgosłupa. Według biegłego P. brak ograniczeń ruchomości trwających ponad sześć miesięcy, a także stwierdzone ograniczenia ruchomości w płaszczyźnie czołowej nie spełniają kryteriów pkt 89a rozporządzenia, a tym samym nie ma podstaw do przyjęcia trwałego uszczerbku na zdrowiu. Ponadto, biegły P. wskazał, że opis badania USG wykonanego przez poprzedniego biegłego jest nieprecyzyjny, albowiem nie wskazano w jakim mięśniu w 1/3 dalszej stwierdzono zmianę mięśni przykręgosłupowych. Badanie nie wskazuje również na uszkodzenie mięśnia, nie jest bowiem opisana wielkość zmiany, a tym samym wynik badania nie może świadczyć o przebytych krwiaku. W świetle powyższego należało uznać,

że opinia sporządzona przez biegłego Ż. jest wewnętrznie sprzeczna i nie stanowi przydatnego dowodu do oceny skutków wypadku.

W tym stanie rzeczy swoje ustalenia faktyczne Sąd oparł na dowodzie z opinii biegłego R. P.. Zdaniem Sądu, opinia przez tego biegłego została sporządzona w sposób rzetelny, profesjonalny i z zachowaniem należytych standardów, stanowiąc w pełni przydatny dowód do rozstrzygnięcia sprawy. Przedstawione w opinii wnioski dotyczące stanu zdrowia powódki, przebiegu leczenia, następstw wypadku oraz rokowań na przyszłość są jednoznaczne i stanowcze, poparte wszechstronną analizą przedstawionej dokumentacji medycznej. Nadto, przedstawione przez biegłego wnioski nie budzą żadnych wątpliwości w świetle wiedzy powszechnej czy też zasad logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego, a nadto w opinii uzupełniającej biegły w sposób rzeczowy, logiczny i przekonujący odniósł się do wszystkich zarzutów strony powodowej, wyjaśniając wszelkie wątpliwości, o czym mowa była już powyżej, przy okazji omówienia opinii wykonanej przez biegłego W. Ż..

Przechodząc do szczegółowych rozważań należy wskazać, że powódka swoje roszczenia wywodziła z przepisów art. 6 i 8 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (Dz.U. z 2019 r. poz. 2279). Wedle art. 5 ust. 1 powołanej ustawy po złożeniu przez klienta reklamacji, zgodnie z wymogami, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1, podmiot rynku finansowego rozpatruje reklamację i udziela klientowi odpowiedzi w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Zgodnie z art. 6 odpowiedzi, o której mowa w art. 5 ust. 1, należy udzielić bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem. Stosownie zaś do art. 8 ustawy w przypadku niedotrzymania terminu określonego w art. 6, a w określonych przypadkach terminu określonego w art. 7, reklamację uważa się za rozpatrzoną zgodnie z wolą klienta. Z akt szkody wynika, że reklamacja powódki wpłynęła do towarzystwa ubezpieczeń w dniu 23 października 2017r. Okoliczność ta była bezsporna pomiędzy stronami. Decyzja została przez ubezpieczyciela wydana w terminie tj. w dniu 22 listopada 2017r., lecz została wysłana dopiero w dniu następnym tj. 23 listopada 2017r., a więc w 31. dniu po doręczeniu reklamacji. Podkreślić należy, iż w powołanych powyżej przepisach mowa jest o terminie 30 - dniowym, a nie terminie 1 miesiąca. Wedle natomiast art. 111 § 1 i 2 kc termin oznaczony w dniach kończy się z upływem ostatniego dnia. Jeżeli początkiem terminu oznaczonego w dniach jest pewne zdarzenie, nie uwzględnia się przy obliczaniu terminu dnia, w którym to zdarzenie nastąpiło. Zatem, w świetle powołanych powyżej przepisów należało uznać, że pozwany spóźnił się z wysłaniem odpowiedzi o jeden dzień. Nie oznacza to jednak, że w razie opóźnienia zakładu ubezpieczeń z wysłaniem odpowiedzi na reklamację powództwo podlega automatycznemu uwzględnieniu. Zgodnie bowiem ze stanowiskiem judykatury w postępowaniu wszczętym przez klienta przeciwko podmiotowi rynku finansowego o zapłatę kwoty roszczenia zgłoszonej w reklamacji klienta, art. 8 ustawy z 5 sierpnia 2015r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 2270) nie wyłącza możliwości kwestionowania przez podmiot rynku finansowego zasadności dochodzonego roszczenia; na podmiocie tym spoczywa ciężar dowodu, że powodowi nie przysługuje roszczenie lub przysługuje w niższej wysokości (por. uchwała SN z dnia 13 czerwca 2018r., III CZP 113/17, L.). Następuje tu przerwienie ciężaru dowodu z powoda na pozwanego, który będzie zobowiązany do udowodnienia, że sformułowane w reklamacji zastrzeżenia są niezasadne, a klientowi nie przysługuje zgłoszone w niej roszczenie lub przysługuje ono w innej wysokości (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 1 sierpnia 2018r., I ACa 1526/17, L.). Zatem, spóźnione wysłanie odpowiedzi na reklamację spowodowało jedynie odwrócenie ciężaru dowodu w niniejszym postępowaniu.

Spór pomiędzy stronami dotyczył przede wszystkim rozmiaru poniesionej przez powódkę szkody niemajątkowej, a w konsekwencji wysokości należnego jej zadośćuczynienia za krzywdę. Dokonując ustaleń w przedmiocie rozmiaru krzywdy pamiętać należy, iż nie jest możliwe ściśle określenie rozmiaru krzywdy i wysokości zadośćuczynienia, zaś każdy przypadek powinien być rozpatrywany indywidualnie z uwzględnieniem wszystkich okoliczności sprawy (por.: wyrok SN z dnia 3 czerwca 2011r., III CSK 279/10, L.). Bez wątpienia wprowadzenie do przepisu art. 445 § 1 kc klauzuli generalnej "odpowiedniej sumy" pozostawia sądowi orzekającemu margines uznaniowości, co do wysokości zasądzonej kwoty. Jest on dodatkowo wzmocniony fakultatywnym charakterem tego przyznania ("może"), co wskazuje na konstrukcję należnego zadośćuczynienia dopiero po przekroczeniu pewnego poziomu

krzywdy (por.: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 stycznia 1974r., II CR 763/73, OSPiKA 1975, nr 7-8, poz. 171). Pomimo niemożności ścisłego ustalenia wysokości uszczerbku należy jednak opierać rozstrzygnięcie na kryteriach zobiektywizowanych, a nie kierować się wyłącznie subiektywnymi odczuciami poszkodowanego. Sąd miał na uwadze, iż wobec niewymierności szkody niemajątkowej określając wysokość "odpowiedniej sumy", sąd powinien niewątpliwie kierować się celami oraz charakterem zadośćuczynienia i uwzględnić wszystkie okoliczności mające wpływ na rozmiar doznanej szkody niemajątkowej. Podstawowe znaczenie musi mieć rozmiar doznanej krzywdy, o którym decydują przede wszystkim takie czynniki, jak rodzaj uszkodzenia ciała czy rozstroju zdrowia, ich nieodwracalny charakter polegający zwłaszcza na kalectwie, długotrwałość i przebieg procesu leczenia, stopień cierpień fizycznych i psychicznych, ich intensywność i długotrwałość, wiek poszkodowanego i jego szanse na przyszłość oraz poczucie nieprzydatności społecznej (por.: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 2004r., II CK 131/03). Ponadto należy mieć na względzie, iż chodzi tu o krzywdę ujmowaną jako cierpienie fizyczne, a więc ból i inne dolegliwości oraz cierpienia psychiczne, czyli negatywne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzenia ciała, czy rozstroju zdrowia w postaci np. zespечения, wyłączenia z normalnego życia itp. Celem zadośćuczynienia jest przede wszystkim złagodzenie tych cierpień. Winno ono mieć charakter całościowy i obejmować wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te, które zapewne wystąpią w przyszłości (a więc prognozy na przyszłość). Przy ocenie więc "odpowiedniej sumy" należy brać pod uwagę wszystkie okoliczności danego wypadku, mające wpływ na rozmiar doznanej krzywdy (por.: wyrok SN z dnia 3 lutego 2000r., KKN 969/98, LEX nr 50824).

W ocenie Sądu strona pozwana zdołała wykazać, że żądana przez poszkodowaną kwota jest zawyżona w stosunku do rozmiaru poniesionej szkody niemajątkowej. W oparciu o kryteria wskazane w cytowanych powyżej orzeczeniach, a także na podstawie całokształtu zebranego w niniejszej sprawie materiału dowodowego należało uznać, że odpowiednia do rozmiaru poniesionej przez powódkę szkody niemajątkowej pozostaje kwota 15.000 zł (uwzględniająca również kwotę 900 zł wypłaconą w toku postępowania likwidacyjnego). Przy określeniu wysokości zadośćuczynienia w pierwszej kolejności należało uwzględnić zakres i rozmiar obrażeń ciała, jakich powódka doznała wskutek przedmiotowego wypadku. Swoje ustalenia faktyczne w tym zakresie Sąd oparł na dokumentacji medycznej przedstawionej przez poszkodowaną, a także na opinii biegłego sądowego z zakresu ortopedii R. P.. W oparciu o wymienione powyżej dowody Sąd ustalił, że wskutek czynu niedozwolonego dokonanego przez ubezpieczonego powódka doznała skręcenia kręgosłupa szyjnego i stłuczenia tkanek miękkich szyi oraz stłuczenia prawego uda. Zdaniem biegłego doznane w wyniku wypadku obrażenia tkanek miękkich wygoiły się całkowicie i nie pozostawiły długotrwałych czy trwałych następstw. Na podstawie przedłożonej dokumentacji medycznej biegły stwierdził, że leczenie obrażeń odniesionych wskutek przedmiotowego wypadku trwało do dnia 15 grudnia 2016r., a następnie powódka wymagała leczenia usprawniającego. Z dokumentacji medycznej wynika, że powódka została poddana serii 15 zabiegów fizykoterapeutycznych w okresie od dnia 12 grudnia 2016r. do 20 stycznia 2017r. Doznane obrażenia powodowały także dolegliwości bólowe. Biegły P. wskazał, że bóle kręgosłupa szyjnego utrzymywały się przez okres dwóch miesięcy, a zasinienia przez miesiąc. W tym zakresie opinia biegłego koreluje z zeznaniami świadków i powódki. Wedle opinii przedstawionej przez biegłego ortopedę należało uznać, że proces leczenia powódki został już zakończony i w przyszłości nie ujawnią się już żadne inne następstwa wypadku w zakresie narządu ruchu. Zdaniem biegłego w adekwatnym związku przyczynowym z wypadkiem nie pozostają aktualne zgłaszane przez powódkę dolegliwości bólowe prawej strony szyi i karku. Jak bowiem wyjaśnił biegły P., u powódki nie doszło do uszkodzenia struktur kręgosłupa, które ewentualnie mogłyby spowodować tego typu dolegliwości. Brak stwierdzenia procentowego uszczerbku na zdrowiu nie powoduje, że poszkodowanemu nie przysługuje zadośćuczynienie za krzywdę. Jak bowiem wskazuje się w orzecznictwie określenie procentowego uszczerbku nie wyznacza automatycznie wysokości zadośćuczynienia w związku ze spowodowaniem uszkodzenia ciała lub wywołaniem uszczerbku na zdrowiu. Konieczne jest ono w przewidzianych prawem przypadkach, gdy wysokość świadczeń należnych poszkodowanemu jest prostą jego funkcją i stanowi iloczyn procentowego uszczerbku na zdrowiu i ustalonej z góry stawki odszkodowania za każdy procent tego uszczerbku np. w odniesieniu do świadczenia z wypadków przy pracy lub ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków. W sprawach o zadośćuczynienie należne pokrzywdzonemu na podstawie art. 445 § 1 kc procent uszczerbku na zdrowiu stanowić może jedynie przybliżoną ilustrację rozmiaru cierpienia i bólu wywołanych uszkodzeniem ciała lub spowodowanych rozstrojem zdrowia, co do zasady jednak rozmiar ten ocenia się

w oparciu o inne przesłanki (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 1 sierpnia 2019r., I ACa 813/18, L.). W przedmiotowym przypadku niewątpliwie powódka odniosła obrażenia ciała, które skutkowały dwumiesięcznymi dolegliwościami bólowymi, a także wymagały podjęcia leczenia i rehabilitacji. W świetle powyższego należało uznać, że wypadek bez wątpienia skutkował cierpieniami fizycznymi, co nie może ująć uwadze Sądu przy określeniu rozmiaru poniesionej krzywdy.

Ponadto, określając wysokość należnego zadośćuczynienia, Sąd miał na uwadze także całokształt skutków, jakie wypadek wywarł w życiu osobistym poszkodowanej. Z opinii biegłego wynika, że powódka wymagała przez dwa miesiące prowadzenia oszczędnego trybu życia, a także unikania wysiłku fizycznego. Stłuczenie stawu biodrowego oraz krwiak na udzie powodowały ból przy poruszaniu, choć jak wskazał biegły nie powodowały ograniczeń w zakresie lokomocji. Nadto, zgodnie z zaleceniami lekarza powódka musiała przez okres 14 dni nosić kołnierz ortopedyczny, co z pewnością utrudniało wykonywanie codziennych czynności. Stąd też, przez okres dwóch tygodni przy niektórych czynnościach dnia codziennego powódce pomagała matka i siostra. Wypadek odcisnął także piętno na stanie psychicznym powódki. Jak wynika z zeznań świadków po wypadku M. G. była rozdrażniona, niespokojna, miała problemy z koncentracją. Do szkoły powódka wróciła dopiero na początku lutego 2017r., a więc po upływie wskazanego przez biegłego okresu występowania dolegliwości. Bezpośrednio po wypadku, przez okres dwóch tygodni powódka nie uczestniczyła w zajęciach dodatkowych tj. korepetycjach mających przygotować ją do matury. Zeznania świadków w tym zakresie korelują z opinią biegłego, który wskazał, że obrażenia mogły powodować utrudnienia w nauce i chodzeniu do szkoły. Podkreślić należy, iż zarówno dolegliwości bólowe, jak i niemożność uczestniczenia w zajęciach szkolnych i zajęciach dodatkowych odbiły się na wynikach maturalnych powódki, które nie były satysfakcjonujące i uniemożliwiły powódce podjęcie studiów na wymarzonym kierunku. Skutki wypadku bowiem zakłóciły dotychczasowy tok nauki, powódka nie mogła się skoncentrować na nauce, nie uczestniczyła w zajęciach przez okres dwóch miesięcy. Jednocześnie, jak wynika z osobowego materiału dowodowego, przed wypadkiem powódka osiągała bardzo dobre wyniki w nauce, także w testach przedmaturalnych. Wypadek miał również wpływ na aktywność fizyczną powódki. Z uwagi na dolegliwości kręgosłupa szyjnego powódka musiała bowiem zrezygnować z treningów w klubie lekkoatletycznym, gdzie uprawiała bieganie. Nadto, wypadek miał wpływ na sposób spędzania wolnego czasu. Dolegliwości bólowe kręgosłupa szyjnego uniemożliwiły przez pewien okres grę na gitarze.

Mając zatem na względzie ogół przedstawionych powyżej skutków wypadku, w szczególności stopień cierpień fizycznych i psychicznych, ich intensywność i długotrwałość, długotrwałość i przebieg procesu leczenia, wpływ skutków zdarzenia na życie osobiste i możliwość uprawiania sportu, a także młody wiek poszkodowanej – na podstawie art. 805 kc, art. 822 kc oraz art. 445 § 1 kc w zw. z art. 444 kc – Sąd uwzględnił powództwo w części i zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 14.100 zł. Nie ulega przy tym wątpliwości, że wysokość zadośćuczynienia powinna być utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 września 2001r., III CKN 427/00, L.). Z uwagi na wzrost zamożności społeczeństwa (co przejawia się choćby stałym wzrostem przeciętnego wynagrodzenia za pracę), a jednocześnie ze względu na spadek siły nabywczej pieniądza, zasądzanie niskich kwot z tytułu zadośćuczynienia nie będzie spełniało kompensacyjnej funkcji tego świadczenia. Ponadto należy pamiętać, że zdrowie jest dobrem szczególnie cennym, a zasądzanie niskich kwot tytułem zadośćuczynienia w przypadkach ciężkiego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia prowadzi do niepożądanego jego deprecjacji (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 24 stycznia 2019r., I ACa 705/18, L.). W rozpatrywanym przypadku, nawet przy uwzględnieniu wypłaconych wcześniej poszkodowanej świadczeń, wysokość zadośćuczynienia została – zdaniem Sądu – utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiednio do rozmiaru poniesionej szkody niemajątkowej.

Oddalając częściowo roszczenie w zakresie zadośćuczynienia Sąd miał na względzie, że obrażenia doznane przez powódkę miały jedynie charakter przejściowy i zostały wyleczone, co wykazano za pomocą dowodu z opinii biegłego sądowego. Nadto, stwierdzone obrażenia w ogóle nie spowodowały uszczerbku i wiązały się jedynie z okresowymi, przejściowymi dolegliwościami bólowymi i ograniczeniami. Z opinii biegłego wynika również, że aktualnie zgłaszane dolegliwości nie mają związku z wypadkiem. Co istotne, po zakończeniu leczenia stan zdrowia powódki nie wywiera istotnego wpływu na jej codzienne funkcjonowanie. Powódka bowiem w końcu dostała się na

wymarzone studia, a także po przejściowych trudnościach kontynuuje swoje pasje. Natomiast, wszelkie ograniczenia i niedogodności związane z wypadkiem, jak wskazano powyżej, zostały skompensowane poprzez przyznanie powódce zadośćuczynienia w łącznej kwocie 15.000 zł, wliczając w to kwotę wypłaconą przez pozwanego w toku postępowania likwidacyjnego.

Powódka domagała się również odszkodowania za szkodę obejmującego poniesione przez nią koszty terapii psychologicznej, koszty opieki oraz koszty dojazdu do placówek medycznych udzielających świadczeń w zakresie rehabilitacji. W tym zakresie pozwany nie zdołał jednak wykazać swojego stanowiska. Zgodnie z treścią art. 444 § 1 kc w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu. W judykaturze nie budzi wątpliwości, że obowiązek naprawienia szkody obejmuje także koszty leczenia, a więc wydatki związane z postawieniem diagnozy, terapią i rehabilitacją poszkodowanego. W judykaturze i piśmiennictwie wskazuje się także, że poszkodowany może domagać się kompensaty wszelkich kosztów, a więc także: kosztów transportu, kosztów odwiedzin osób bliskich (por. wyrok SN z dnia 7 października 1971r., II CR 427/71, OSP 1972, z. 6, poz. 108), kosztów szczególnego odżywiania i pielęgnacji w okresie rekonwalescencji (por. uchwała SN (7) z dnia 19 czerwca 1975r., PRN 2/75, OSNC 1976, nr 4, poz. 70; wyrok SN z dnia 21 maja 1973r., II CR 194/73, OSP 1974, z. 4, poz. 83). Co prawda, jak wskazuje się w judykaturze, odszkodowanie nie jest ograniczone do kosztów zabiegów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i poszkodowany może domagać się pokrycia kosztów zabiegów, które nie są oferowane w ramach takiego ubezpieczenia, np. operacji plastycznej (por. wyrok SA w Katowicach z 26 listopada 1991r., III APR 75/91, OSA 1992, Nr 6, poz. 38), jak też kosztów leczenia w prywatnej placówce, nawet jeśli podobne zabiegi oferowane są przez NFZ, niemniej należy pamiętać, że w świetle art. 444 § 1 kc za koszty "wynikłe" ze zdarzenia powodującego szkodę na osobie będą mogły zostać uznane jedynie koszty, których poniesienie jest celowe dla procesu leczenia, tj. dla przywrócenia stanu poprzedniego (stanu zdrowia), czy przynajmniej dla sprawienia, że stan ten nie będzie się dalej pogarszał (czy pogarszał w łagodniejszy sposób lub w dłuższej perspektywie czasowej (por. M. Gutowski, Kodeks cywilny. Tom I. Komentarz. Art. 1-449¹¹, 2016).

Jeśli chodzi o koszty leczenia to powódka domagała się zwrotu kwoty 1.800 zł tytułem kosztów terapii psychologicznej. Strona pozwana zakwestionowała powództwo w tym zakresie, zarzucając, że terapia nie była prowadzona w związku ze skutkami przedmiotowego wypadku. Jednak w powyższym zakresie strona pozwana nie przedłożyła żadnych dowodów, które poddawałyby w wątpliwość zasadność i wysokość dochodzonego roszczenia, w szczególności nie zgłosiła wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego psychologa. Natomiast, zawarty w aktach sprawy materiał dowodowy był wystarczający do uwzględnienia żądania. Na związek poniesionych kosztów z wypadkiem z dnia 29 listopada 2016r. wskazuje przede wszystkim dokumentacja z terapii psychologicznej. Wynika z niej, że przyczyną skorzystania przez powódkę z terapii psychologicznej był lęk, przerażenie przed utratą kontroli nad swoim życiem spowodowane niespodziewanym zdarzeniem, jakim był wypadek z dnia 29 listopada 2016r. W trakcie psychoterapii powódka sygnalizowała sny o wypadku, wskazywała, że wypadek uderzył w jej poczucie bezpieczeństwa i kontroli, obawia, że coś może się nagle wydarzyć, na co nie ma wpływu. Na związek psychoterapii z wypadkiem wskazują również zeznania samej powódki oraz świadków. Wynika bowiem z nich, że po zdarzeniu powódka miała problemy z koncentracją, co miało związek z dolegliwościami kręgosłupa szyjnego, a także stała rozdrażniona, niespokojna. Niezależnie od powyższego, zdaniem Sądu, dość gwałtowny przebieg zdarzenia, mógł odcisnąć pewne piętno na młodej, życiowo niedoświadczonej osobie, stając się źródłem niepokoju czy dyskomfortu psychicznego. Jednocześnie, powódka wykazała, że faktycznie skorzystała z odpłatnych porad psychologicznych, co potwierdza przedłożona dokumentacja oraz rachunki. Zważyć należy, iż powódka skorzystała z terapii psychologicznej w okresie od 17 lutego 2017r. do 24 sierpnia 2017r., a zatem w okresie następującym po wypadku. Brak jakichkolwiek dowodów na to, że w tym samym czasie w życiu powódki zaszły inne zdarzenia, które mogły mieć wpływ na jej stan psychiczny czy emocjonalny. W każdym bądź razie takich okoliczności strona pozwana nie dowiodła.

Powódka domagała się także zapłaty odszkodowania za szkodę w wysokości 546 zł obejmującego koszty opieki. Jak wskazuje się w doktrynie jeżeli w wyniku doznanego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia poszkodowanemu

potrzebna jest opieka (stała lub tymczasowa – np. w czasie, gdy nie był w stanie samodzielnie funkcjonować), odszkodowanie obejmuje także koszty tej opieki. Poszkodowany może dochodzić zwrotu kosztów opieki, jeśli ze względu na stan zdrowia taka opieka jest potrzebna. Czynnikiem decydującym o możliwości żądania zwrotu tych kosztów nie jest natomiast fakt, że zostały lub nie zostały rzeczywiście poniesione. Nie jest konieczne, aby poszkodowany rzeczywiście opłacił koszty takiej opieki, stanowią one element należnego poszkodowanemu odszkodowania nawet wtedy, jeśli opieka sprawowana była przez członków rodziny poszkodowanego nieodpłatnie – tak trafnie SN w wyr. z 4.3.1969 r., I PR 28/69, OSNCP 1969, Nr 12, poz. 229; wyr. SN z 4.10.1973 r., II CR 365/73, OSNCP 1974, Nr 9, poz. 147 (por. K. Osajda (red.), Kodeks cywilny. Komentarz, wyd. 20, 2018). Jeśli w wyniku szkody na osobie poszkodowany wymaga opieki, koszty tej opieki stanowią element należnego mu odszkodowania. Jako podstawowe kryterium określenia wysokości odszkodowania za sprawowanie opieki przyjęć należy koszty zapewniania opieki przez osobę dysponującą odpowiednimi kwalifikacjami (np. pielęgniarkę) (por. trafne uwagi SN w wyr. z 4.10.1973 r., II CR 365/73, OSNCP 1974, Nr 9, poz. 147). Poszkodowany może dochodzić zwrotu kosztów opieki obliczonych według cen rynkowych, nawet jeśli opieka sprawowana jest bezpłatnie przez członków rodziny (por. K. Osajda (red.), Kodeks cywilny...).

Zdaniem Sądu w powyższym zakresie pozwany zakład ubezpieczeń również nie zdołał skutecznie zakwestionować żądania powódki poprzez wykazanie, że opieka osób trzecich powódce nie była potrzebna. Co prawda biegły wskazał, że doznane ograniczenia nie powodowały ograniczeń do wykonywania podstawowych czynności codziennych w zakresie samoobsługi, lecz jednocześnie stwierdził, że powódka wymagała przez dwa miesiące prowadzenia oszczędnego trybu życia, a także unikania wysiłku fizycznego. Już te dwie okoliczności wskazują, że powódka nie mogła samodzielnie wykonywać wszystkich czynności wymagających np. podnoszenia cięższych przedmiotów. Nadto, należy zauważyć, że przez okres 14 dni powódka nosiła kołnierz ortopedyczny, co mogło powodować pewne utrudnienia czy niedogodności np. przy myciu. Z kolei stłuczenie stawu biodrowego oraz krwiak na udzie powodowały dolegliwości bólowe. W związku z powyższym nie budzi wątpliwości Sądu, że w okresie pierwszych dwóch tygodni, gdy zakres dolegliwości był największy powódka wymagała pewnej pomocy przy niektórych czynnościach dnia codziennego. Nadto, z zeznań świadków wynika, że taka pomoc była jej faktycznie udzielana przez członków najbliższej rodziny. Pozwany nie przedłożył żadnych dowodów, które poddawałyby w wątpliwość zakres koniecznej opieki (3 godziny dziennie przez 14 dni). Podobnie, stawka godzinowa w wysokości 13 zł nie była kwestionowana przez pozwanego i nie wydaje się wygórowana. Pozwany nie wykazał, aby powyższa stawka nie mieściła się w ramach stawek rynkowych. Z tytułu opieki powódce łącznie należała się zatem kwota 546 zł (42 h x 13 zł).

Kolejne żądanie powódki dotyczyło zwrotu kosztów dojazdu do placówek rehabilitacyjnych w łącznej wysokości 116,75 zł. W powyższym zakresie pozwany także nie zaferował żadnych dowodów, które poddawałyby w wątpliwość zasadność i wysokość roszczenia. Żadnych wątpliwości nie budzi też przyjęta metoda ustalania wysokości poniesionych kosztów dojazdu. Nie ulega bowiem wątpliwości, iż precyzyjne ustalenie rzeczywistych kosztów przejazdów nie jest możliwe choćby z uwagi na zmienną wysokość kosztu paliwa czy też koszty eksploatacji pojazdu, amortyzacji etc. Niewątpliwie w niniejszej sprawie musiał znaleźć zastosowanie art. 322 kpc, zgodnie z którym jeżeli w sprawie o naprawienie szkody, o dochody, zwrot bezpodstawnego wzbogacenia lub o świadczenie z umowy o dożywocie sąd uzna, że ściśle udowodnienie wysokości żądania jest niemożliwe lub nader utrudnione, może w wyroku zasądzić odpowiednią sumę według swej oceny, opartej na rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy. W związku z tym ustalenie poniesionych kosztów na podstawie kosztów zużycia paliwa wydaje się ze wszech miar słuszne. Strona pozwana nie wykazała, że pojazd, którym powódka dojeżdżała do placówki rehabilitacyjnej miał inne parametry spalania aniżeli wskazane, ani też nie wykazała, aby przejechana trasa była inna (krótsza) niż wskazana przez poszkodowaną. Tym samym, przyjmując średnie zużycie paliwa na poziomie 9 l/100 km oraz średnią cenę paliwa w wysokości 4,60 zł/l, a także odległość od miejsca zamieszkania powódki do miejsca udzielania świadczeń rehabilitacyjnych (9,4 km w jedną stronę) oraz długość rehabilitacji (15 dni) należało na rzecz powódki przyznać kwotę 116,75 zł.

Podsumowując, na mocy art. 6 i 8 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym w zw. z art. 805 kc, art. 822 kc, art. 445 § 1 kc w zw. z art. 444 kc, Sąd

zasadził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 16.562,75 zł. Nadto, Sąd zasądził odsetki ustawowe za opóźnienie od kwot 9.100 zł oraz 2.462,75 zł od dnia 24 listopada 2017r. do dnia zapłaty, zaś od kwoty 5.000 zł od dnia następnego po dniu doręczenia pozwanemu pisma zawierającego rozszerzenie powództwa tj. od dnia 14 maja 2018r. do dnia zapłaty. Zważyć bowiem należy, iż termin do rozpoznania reklamacji upłynął z dniem 22 listopada 2017r., a więc co do pierwotnej kwoty zadośćuczynienia oraz kosztów opieki, dojazdu i leczenia (zgłoszonych już w toku postępowania likwidacyjnego) roszczenie stało się wymagalne z dniem następnym. Sąd miał na uwadze, że pozwany, dysponując fachowym zespołem lekarzy orzeczników oraz niezbędnymi środkami technicznymi, był w stanie ustalić zakres szkody niemajątkowej i majątkowej w terminie określonym w art. 6 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Natomiast, roszczenie co do kwoty 5.000 zł stało się wymagalne stosownie do art. 455 kc.

W pozostałym zakresie na mocy powołanych powyżej przepisów a contrario powództwo podlegało oddaleniu.

Na podstawie art. 100 kpc Sąd ustalił, że każda ze stron ponosi koszty po połowie, zgodnie ze stosunkiem, w jakim przegrała niniejszy spór. Jednocześnie, na mocy art. 108 kpc szczegółowe wyliczenie kosztów Sąd powierzył referendarzowi sądowemu po prawomocnym zakończeniu niniejszego postępowania.